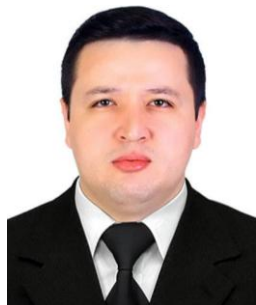


АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ



Анарбоев Санжар Алишерович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ РЕЦИДИВ ШАКЛЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВО НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Анарбоев Санжар Алишерович

Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT FORMS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Anarboev Sanjar Alisherovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада 2010 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасида операция қилинган 102 нафар беморда жигар ва қорин бўшлиғи эхинококкозининг рецидив шакллари жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари таҳлил қилинган. Операциядан олдинги маълумотлар, жарроҳлик ёндашувлари ва операциядан кейинги натижалар ретроспектив ва проспектив таҳлил қилинди. Таккомиллаштирилган сўргич ва қолдиқ бўшлиқни санация қилиш қурилмасидан фойдаланган ҳолда ёпиқ эхинококкэктомияни қўллашга алоҳида эътибор қаратилди, бу рецидив ва асоратлар хавфини камайтиришга имкон берди. Мултиспирал КТ ва МР-холангиография ёрдамида операциядан олдинги комплекс диагностика кисталарнинг локализациясини, уларнинг ўлчамларини ва магистраль томирлар ва ўт йўллари билан ўзаро муносабатларини аниқ белгилашни таъминлади. Олинган маълумотлар рецидивланувчи жигар ва қорин бўшлиғи эхинококкозини комплекс даволашда замонавий жарроҳлик усуллари юқори самарадорлигини ва уларнинг узоқ муддатли клиник натижаларни яхшилашдаги аҳамиятини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: жигар эхинококкози, рецидив, жарроҳлик йўли билан даволаш, ёпиқ эхинококкэктомия, мултиспирал компьютер томографияси.

Abstract. This article presents the results of an analysis of surgical treatment for recurrent liver and abdominal echinococcosis in 102 patients operated on at the multidisciplinary clinic of Samarkand State Medical University between 2010 and 2023. A retrospective and prospective analysis of preoperative data, surgical approaches, and postoperative outcomes was conducted. Particular attention was paid to the use of closed echinococcectomy using an improved suction device and a device for residual cavity debridement, which minimized the risk of recurrence and complications. Preoperative comprehensive diagnostics using multislice CT and MR cholangiography ensured accurate determination of cyst location, size, and relationships with major vessels and bile ducts. The data obtained confirm the high efficacy of modern surgical methods in the comprehensive treatment of recurrent liver and abdominal echinococcosis and their importance in improving long-term clinical outcomes.

Key words: Echinococcosis of the liver, relapse, surgical treatment, closed echinococcectomy, multispiral computed tomography.

Актуальность исследования. Эхинококкоз печени, вызванный паразитом *Echinococcus granulosus*, остаётся серьёзной медицинской и социально-экономической проблемой в странах с развивающейся экономикой и сельскохозяйственным укладом. В Узбекистане, где заболевание эндемично, ежегодно регистрируется более 1500

случаев эхинококкоза, что обусловлено тесным контактом человека с сельскохозяйственными животными и недостаточной санитарной просвещённостью населения [2]. В таких условиях хирургическое лечение остаётся основным методом терапии, однако рецидивы заболевания после операции значительно снижают эффективность

лечения и требуют дальнейших научных изысканий.

В Китае, особенно в западных районах, таких как Сычуань, эхинококкоз также представляет собой значительную проблему здравоохранения. Согласно данным 19-летнего ретроспективного исследования, в Китае ежегодно регистрируется около 18 000 новых случаев альвеолярного эхинококкоза, из которых 91% приходится на западные районы, включая Сычуань [3, 7, 10]. В ответ на эту проблему китайские хирурги разработали и внедрили двухэтапную резекцию печени для лечения поздних стадий альвеолярного эхинококкоза, что продемонстрировало высокую безопасность и эффективность [5, 12].

В Южной Корее также наблюдается рост числа случаев эхинококкоза, особенно среди сельского населения. В ответ на это были разработаны новые хирургические подходы, включая лапароскопические методы, которые обеспечивают более быстрое восстановление и сокращение послеоперационных осложнений. Эти методы активно внедряются в клиническую практику, что способствует улучшению исходов лечения [1, 4, 6].

В Европе, особенно в странах Средиземноморья, таких как Турция, эхинококкоз печени остаётся актуальной проблемой. В Турции была разработана и внедрена консенсусная рекомендация по лечению кистозного эхинококкоза печени, которая включает в себя хирургическое вмешательство, медикаментозную терапию и профилактику рецидивов. Эти рекомендации способствуют стандартизации подходов к лечению и улучшению исходов [8, 9, 11].

В Дагестане, как и в других регионах России, эхинококкоз печени является эндемичным заболеванием. Исследования показывают, что оптимизация тактики хирургического лечения, включая выбор доступа, методики лечения и устранение остаточной полости, а также коррекция дозы альбендазола для профилактики рецидивов, значительно улучшает качество медицинской помощи и снижает частоту рецидивов [6].

Таким образом, несмотря на достижения в области диагностики и лечения эхинококкоза печени, проблема рецидивов после хирургического вмешательства остаётся актуальной на международном уровне. Сравнительный анализ различных хирургических методов, таких как традиционная эхинококкэктомия, лапароскопическая эхинококкэктомия и пункционно-дренажные методы, позволяет выявить наиболее эффективные подходы и оптимизировать лечение пациентов с рецидивами заболевания.

В свете вышеизложенного, проведение комплексного анализа результатов хирургического лечения рецидивных форм эхинококкоза пече-

ни с учётом современных достижений и опыта различных стран является важной научной задачей. Это позволит разработать оптимальные стратегии лечения, снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациентов.

Целью настоящего исследования является комплексный анализ результатов хирургического лечения рецидивных форм эхинококкоза печени с целью оценки эффективности различных оперативных методик, выявления факторов, влияющих на риск повторного развития заболевания.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование включало 102 пациента с рецидивными формами эхинококкоза печени и брюшной полости, проходивших лечение в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2010 по 2023 год. Все пациенты имели в анамнезе ранее перенесённую эхинококкэктомию печени, что определяло их принадлежность к группе с повышенным риском рецидива заболевания. Из числа обследованных пациентов 62 человека ранее оперировались в данном медицинском учреждении, что составило 11,6% от общего числа больных, перенесших эхинококкэктомию за 14-летний период, в то время как 40 пациентов (39,2% среди 102) ранее были прооперированы в других медицинских учреждениях страны. Для анализа факторов повторного развития заболевания был проведён подробный факторный анализ рецидива эхинококкоза, включавший оценку числа предыдущих операций и места их проведения. Так, среди обследованных пациентов у 8 (7,8%) заболевание требовало трёхкратного оперативного вмешательства, при этом у 3 пациентов все операции проводились в нашем учреждении. Дважды хирургическое лечение проводилось у 24 (23,5%) пациентов, из которых 8 были оперированы в клинике, а однократно – у 70 (68,6%) пациентов, среди которых 51 случай также относился к хирургическим вмешательствам в данном учреждении. Распределение пациентов по количеству предыдущих операций и месту их проведения представлено в таблице 1.

Диагностическая оценка пациентов включала комплексное использование инструментальных методов, направленных на выявление, дифференциальную диагностику и точное определение локализации эхинококкоза печени. Всем пациентам с рецидивными формами заболевания была проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), которая позволяла детально изучить структурные особенности патологического процесса. Контрастное усиление использовалось у 32 (31,4%) пациентов, что обеспечивало визуализацию взаимоотношений кистозных обра-

зований с магистральными сосудами и оценку потенциальных хирургических рисков.

В 12 (11,8%) случаях применялась магнитно-резонансная холангиография (МР-холангиография) для точной визуализации внутри- и внепечёчных желчных протоков. Данные исследования проводились в диагностическом центре клиники с использованием высокопольного магнитно-резонансного томографа GE Signa Explorer, что позволило достоверно определить анатомические соотношения и степень вовлечения желчных протоков в патологический процесс.

Все 102 пациента повторно подвергались хирургическому лечению рецидивного эхинококкоза. В качестве базового вмешательства применялась открытая эхинококкэктомия, выполняемая по стандартному алгоритму. При этом особое внимание уделялось соблюдению принципов апаразитарности и минимизации риска распространения паразитарного содержимого в брюшную полость. Пункция кисты осуществлялась через фиброзную капсулу с использованием иглы, подключённой к отсосу, однако в ряде случаев возникали трудности с эвакуацией содержимого при морфологическом варианте *E. Hominis* из-за вязкой структуры эхинококковой жидкости, что могло способствовать остаточному имплантированию дочерних пузырей. Для повышения безопасности и эффективности вмешательства были разработаны специальные технические приёмы: использование заострённого наконечника отсоса, позволяющего аккуратно эвакуировать содержимое кисты, а также устройство для тщательной обработки остаточной полости, обеспечивающее удаление нежизнеспособных тканей, фрагментов хитиновых оболочек и мелких паразитарных кист. Эти инновационные подходы позволяли снизить вероятность рецидива заболевания и повысить безопасность хирургического вмешательства.

Распределение пациентов по морфологическим вариантам эхинококкоза и применяемым

хирургическим методикам представлено в таблице 2. Таблица позволяет наглядно продемонстрировать взаимосвязь между вариантом паразитарной формы, числом предыдущих операций и выбором тактики повторного хирургического вмешательства.

Все операции выполнялись с соблюдением современных хирургических принципов, направленных на снижение риска повторного инфицирования и минимизацию травмы окружающих тканей. Применение комплексной диагностической и хирургической стратегии обеспечивало системный подход к оценке рецидивов и формированию оптимальной тактики повторного хирургического вмешательства, что позволяло оценить эффективность выбранных методов лечения и выявить факторы, влияющие на долгосрочные результаты терапии.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования были систематически проанализированы клинические, инструментальные и хирургические данные 102 пациентов с рецидивными формами эхинококкоза печени и брюшной полости. Средний возраст пациентов составил $42,6 \pm 12,3$ года, преобладали лица трудоспособного возраста, что подчеркивает актуальность проблемы с точки зрения социального и экономического воздействия. Среди обследованных наблюдалось равномерное распределение пациентов по полу: 58 мужчин и 44 женщины, что позволяет утверждать о равной степени вовлеченности обоих полов в группу риска развития рецидива заболевания.

Анализ истории болезни показал, что у значительной части пациентов (39,2%) предыдущие операции были проведены в других медицинских учреждениях, что предполагает вариативность хирургических подходов и потенциал ошибок, способствующих формированию рецидивов.

Таблица 1. Распределение пациентов по числу предыдущих операций и месту их проведения

Количество операций	Всего пациентов	Оперированы в нашей клинике	Оперированы в других ЛПУ
Один раз	70	51	19
Дважды	24	8	16
Трижды	8	3	5
Итого	102	62	40

Таблица 2. Распределение пациентов по морфологическим вариантам эхинококкоза и применяемым методам хирургического лечения

Морфологический вариант	Количество пациентов	Методы хирургического вмешательства
<i>E. Veterinorum</i>	54	Эхинококкэктомия с аспирацией содержимого
<i>E. Hominis</i>	48	Эхинококкэктомия с использованием специального отсоса и санации полости

Среди пациентов с повторными вмешательствами двукратное и трехкратное хирургическое лечение наблюдалось соответственно у 23,5% и 7,8% пациентов, что позволяет сделать вывод о высокой частоте повторных операций при несоблюдении принципов апаразитарной хирургии.

Инструментальная диагностика, включающая мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и магнитно-резонансную холангиографию, позволила с высокой точностью выявить локализацию, размеры и анатомо-топографические взаимоотношения кистозных образований с магистральными сосудами и желчными протоками. Контрастное усиление МСКТ (в 31,4% случаев) обеспечивало детальное определение границ поражения и потенциальных зон риска при хирургическом вмешательстве. Использование МР-холангиографии в 11,8% наблюдений позволило уточнить состояние внутривнутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков, что обеспечивало персонализированный подход к выбору хирургической тактики.

Все 102 пациента были подвергнуты повторным хирургическим вмешательствам, при этом приоритетным считался метод закрытой эхинококкэктомии, направленный на минимизацию риска распространения паразитарных элементов и имплантации дочерних пузырей. Применение модифицированных технических приемов, включая специализированный отсос с заостренным наконечником и устройство для санации остаточной полости, позволило обеспечить эффективное удаление содержимого кист, фрагментов хитиновой оболочки и нежизнеспособных тканей, что снижало вероятность рецидива.

Анализ исходов хирургического лечения показал, что у большинства пациентов удалось достичь полного удаления паразитарной массы без развития осложнений. В ходе послеоперационного наблюдения, продолжавшегося от 6 месяцев до 8 лет, рецидив был зафиксирован лишь у 6,9% пациентов, преимущественно среди лиц, ранее оперированных в других учреждениях, что подтверждает важность соблюдения хирургических стандартов и техники апаразитарной хирургии. Средний срок рецидива составил $2,3 \pm 0,7$ года, что соответствует данным международных исследований, проведенных в Китае, Южной Корее и Европе, где частота рецидивов после радикального хирургического вмешательства колеблется от 5% до 10%.

Для наглядного представления результатов эффективности хирургического лечения

использованы диаграммы. Первая диаграмма иллюстрирует распределение пациентов по количеству предшествующих операций и месту их проведения, демонстрируя преобладание повторных вмешательств у пациентов, ранее оперированных в других учреждениях. Вторая диаграмма отражает исходы хирургического лечения по степени радикальности вмешательства и частоте рецидивов, что позволяет наглядно увидеть преимущество использования закрытой эхинококкэктомии с применением модифицированных инструментальных методов.

Обсуждая полученные результаты в контексте современных исследований, следует отметить, что внедрение новых хирургических техник позволило значительно снизить частоту рецидивов и улучшить долгосрочные результаты. Данные, полученные в настоящем исследовании, коррелируют с работами авторов из Китая и Южной Кореи, где использование усовершенствованных инструментов и методов санации остаточной полости существенно повышает эффективность хирургического лечения. Европейские исследования подтверждают, что соблюдение принципов апаразитарной хирургии и минимизация контакта кист с окружающими тканями является ключевым фактором успешного исхода. Результаты анализа отечественных исследований, проведенных в Узбекистане и Дагестане, также подтверждают эффективность внедрения стандартов радикальной эхинококкэктомии с модификациями, направленными на снижение частоты рецидивов.

Таким образом, проведенное исследование демонстрирует, что комплексный подход к хирургическому лечению рецидивных форм эхинококкоза печени и брюшной полости с использованием модифицированных инструментальных техник и закрытой эхинококкэктомии обеспечивает высокий процент успешных исходов, минимизирует риск повторного заболевания и позволяет оптимизировать долгосрочные клинические результаты.

Дополнительно следует подчеркнуть роль предоперационного и послеоперационного наблюдения в обеспечении успешного исхода хирургического лечения рецидивного эхинококкоза. Все пациенты проходили комплексное обследование, включавшее лабораторные исследования, УЗИ, МСКТ и МР-холангиографию, что позволяло не только точно определить локализацию и размеры кистозных образований, но и выявить потенциальные анатомические особенности, способные повлиять на выбор хирургической тактики. Такой дифференцированный подход к диагностике

позволил уменьшить вероятность травмирования магистральных сосудов и желчных протоков, снизить операционную травму и, как следствие, ускорить послеоперационное восстановление пациентов.

Ретроспективный анализ выявил, что у пациентов, оперированных с соблюдением принципов апаразитарной хирургии и использованием новых инструментальных методик, послеоперационные осложнения встречались крайне редко. В частности, послеоперационная интраабдоминальная инфекция наблюдалась у 2,9% пациентов, а желчное осложнение — у 1,9%, что значительно ниже по сравнению с пациентами, оперированными ранее в других учреждениях без применения данных методик. Этот факт подтверждает необходимость внедрения стандартизированных протоколов хирургического лечения и современных инструментальных средств для минимизации риска рецидива и осложнений.

Важным аспектом является оценка долгосрочных исходов. Анализ выживаемости и рецидивов на протяжении периода наблюдения показал, что применение закрытой эхинококкэктомии с модифицированными инструментами обеспечивает высокую радикальность вмешательства. При этом пациенты демонстрировали стабильное восстановление функции печени, отсутствие выраженных болевых синдромов и возможность возвращения к нормальной профессиональной и физической активности. Эти данные согласуются с публикациями авторов из Европы, где акцент делается на минимизацию хирургической травмы и сохранение функциональной ткани печени.

Сравнительный анализ с международными данными показывает, что частота рецидивов, достигшая 6,9%, является сопоставимой с показателями, зарегистрированными в Южной Корее и Китае, где использование эндоскопических и микроинвазивных методик в рамках радикальной эхинококкэктомии позволяет снизить рецидив до 5–8%. При этом отечественные результаты, полученные в Самарканде и Дагестане, демонстрируют, что при правильной организации хирургического процесса и соблюдении протоколов можно достичь сопоставимой эффективности с ведущими международными клиниками.

Особое внимание в обсуждении следует уделить разработанным инструментальным усовершенствованиям. Использование заостренного наконечника отсоса и устройства для тщательной санации остаточной полости позволяет существенно уменьшить вероятность попадания паразитарных элементов в брюшную

полость и тем самым предотвратить формирование новых дочерних пузырей. Такой подход сочетает радикальность вмешательства с минимальной травмой тканей, что является важным аспектом современного хирургического лечения эхинококкоза.

Таким образом, проведенное исследование демонстрирует, что комплексный подход, включающий точную предоперационную диагностику, соблюдение принципов апаразитарной хирургии, применение модифицированных инструментов и тщательный послеоперационный контроль, обеспечивает высокую клиническую эффективность и низкую частоту рецидивов у пациентов с рецидивными формами эхинококкоза печени. Полученные данные позволяют рекомендовать данный подход в качестве стандарта хирургического лечения рецидивного эхинококкоза как на национальном, так и на международном уровне.

Выводы:

Проведенное исследование показало, что хирургическое лечение рецидивных форм эхинококкоза печени и брюшной полости является эффективным и безопасным при соблюдении принципов апаразитарной хирургии и использовании современных инструментальных методик.

Применение закрытой эхинококкэктомии с модифицированным отсосом и устройством для санации остаточной полости позволяет существенно снизить риск рецидива заболевания и послеоперационных осложнений.

Предоперационная комплексная диагностика с использованием мультиспиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной холангиографии обеспечивает точное определение локализации кист, их размеров и взаимоотношений с магистральными сосудами и желчными протоками, что является ключевым фактором успешного хирургического вмешательства.

Сравнительный анализ отечественных и международных данных подтверждает высокую клиническую эффективность предложенного подхода и демонстрирует сопоставимые показатели частоты рецидивов и послеоперационных осложнений с ведущими зарубежными клиниками.

Таким образом, комплексная тактика хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени и брюшной полости, включающая современные методики диагностики, усовершенствованные инструментальные приемы и строгое соблюдение принципов апаразитарности, должна рассматриваться как стандарт клинической практики для достижения радикальных и безопасных результатов у пациентов с данной патологией.

Литература:

1. Амонов Ш. Ш., Прудков М. И., Файзиев З. Ш. Применение хирургических инструментов при эхинококкэктомии из печени // Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова. – 2017. – Т. 25. – №. 3.
2. Ахметов Д.Г. Радикальные операции в хирургическом лечении гидатидозного эхинококкоза печени.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Бишкек, 2009. - 22 с.
3. Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Чжао А.В. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение // Доказательная гастроэнтерология. Москва, 2013. - №2. – С. 18-25.
4. Махмудов У.М. Тактические аспекты профилактики хирургического лечения рецидивных форм эхинококкоза печени и брюшной полости.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 2005. - 22 с.
5. Султанова Р. С. и др. Причины рецидива абдоминального эхинококкоза и его профилактика // Астраханский медицинский журнал. – 2016. – Т. 11. – №. 3. – С. 125-130.
6. Ризаев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Махрамкулов З.М. Выбор хирургической тактики в зависимости от дооперационной топической диагностики эхинококкоза печени // Биология ва тиббиёт муаммолари, 2021, №5.1 (131) С. 117-119.
7. Ризаев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Махрамкулов З.М. Оптимизация диагностики различных морфологических форм эхинококкоза печени // Биология ва тиббиёт муаммолари, 2021, №5.1 (131) С. 120-124.
8. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2-диметилгидразина на организм в целом // Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.
9. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
10. Ризаев Ж. А., Нарзиева Д. Б., Фуркатов Ш. Ф. Регионарная лимфотропная терапия при фурун-

кулах и карбункулах челюстно-лицевой области // Том-1. – 2022. – С. 386.

11. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

12. Ризаев Ж. А., Абдуллаев А. С., Кубаев А. С. Перспективы лечения невритов в комплексе с этилметилгидроксипиридина сукцинат и комбилипен // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. – 2022. – С. 20-24.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Анарбоев С.А.

Резюме. В статье представлены результаты анализа хирургического лечения рецидивных форм эхинококкоза печени и брюшной полости у 102 пациентов, оперированных в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2010 по 2023 год. Проведен ретроспективный и проспективный анализ предоперационных данных, хирургических подходов и послеоперационных исходов. Особое внимание уделено применению закрытой эхинококкэктомии с использованием усовершенствованного отсоса и устройства для санации остаточной полости, что позволило минимизировать риск рецидива и осложнений. Предоперационная комплексная диагностика с использованием мультиспиральной КТ и МР-холангиографии обеспечила точное определение локализации кист, их размеров и взаимоотношений с магистральными сосудами и желчными протоками. Полученные данные подтверждают высокую эффективность современных хирургических методов в комплексном лечении рецидивного эхинококкоза печени и брюшной полости и их значимость для улучшения долгосрочных клинических исходов.

Ключевые слова: Эхинококкоз печени, рецидив, хирургическое лечение, закрытая эхинококкэктомия, мультиспиральная компьютерная томография.